
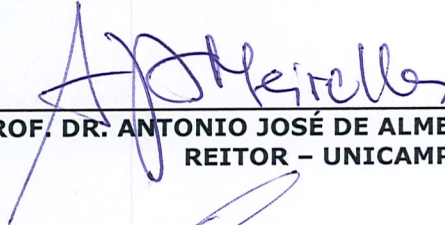
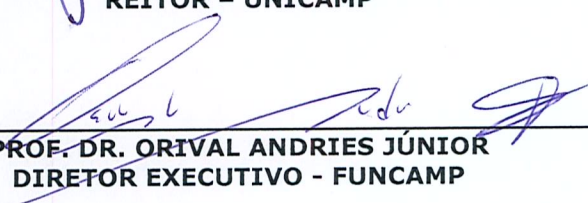


**DECLARAÇÃO DE INTERESSE E JUSTIFICATIVA PARA ASSINATURA DE TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO DE PARCERIA**

<b>CONVENENTE</b>		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
<b>CONVENIADA</b>		Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
<b>INTERVENIENTE</b>		Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP
<b>OBJETO DO CONVÊNIO</b>		Ambulatório Médico de Especialidades de Rio Claro – AME Rio Claro
<b>CONVÊNIO FIRMADO EM</b>		01/12/2018
<b>JUSTIFICATIVA</b>	( )	Termo de Aditamento ao Convênio de Parceria referente a custeio para o exercício de 2022
	( )	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Produção – Item II do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria
	( )	Desconto de valor financeiro – Indicadores de Qualidade – Item III do Anexo Técnico II do Convênio de Parceria
	(X)	Ajustes eventuais – Item II do Anexo Técnico I – Estrutura e volume de atividades contratadas do Convênio de Parceria: Readequação de Metas Assistenciais.
	( )	Repasse para Programa Especial – Item 2 do Anexo Técnico I do Convênio de Parceria: IDENTIFICAR PROGRAMA
<b>DECLARAÇÃO DE INTERESSE</b>	<p>As partes acima identificadas declaram estar de pleno acordo com a emissão de Termo de Aditamento em atendimento ao disposto no Convênio de Parceria, nos itens e cláusulas acima especificados.</p> <p style="text-align: right;">São Paulo, 24 de junho de 2022.</p>	
<b>PELA CONVENENTE</b>	 <b>DR. JEANCARLOT GORINCHTEYN</b> <b>SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE</b> <small>Secretaria de Estado da Saúde</small>	
<b>PELA CONVENIADA</b>	 <b>PROF. DR. ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES</b> <b>REITOR – UNICAMP</b>	
	 <b>PROF. DR. ORIVAL ANDRIES JÚNIOR</b> <b>DIRETOR EXECUTIVO - FUNCAMP</b>	



**ANEXO RP-03 – TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO  
(REPASSES A ÓRGÃOS PÚBLICOS)**

**ÓRGÃO CONCESSOR:** Secretaria de Estado de Saúde

**ÓRGÃO BENEFICIÁRIO:** Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

**INTERVENIENTE:** Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP

**UNIDADE:** Ambulatório Médico de Especialidades de Rio Claro – AME Rio Claro

Nº DO CONVÊNIO: (1) \_\_\_\_\_

TIPO DE CONCESSÃO: (2) \_\_\_\_\_

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (3):

EXERCÍCIO: 2022

ADVOGADO (S)/ Nº OAB / E-MAIL: (4) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como o processo das respectivas prestações de contas, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pelos órgãos conessor e beneficiário, bem como do interveniente, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: JP 24 de junho de 2022.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE CONCESSOR:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: 111.746.368-07

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:**

Nome: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Meirelles  
Cargo: Reitor da UNICAMP  
CPF: 015.869.178-46

**Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo**

**PELO ÓRGÃO/ENTIDADE CONCESSOR:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn  
Cargo: Secretário de Estado da Saúde  
CPF: 111.746.368-07

Assinatura: \_\_\_\_\_

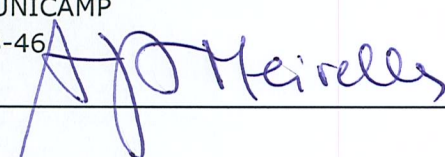
  
Dr. Eduardo Ribeiro  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

**Responsáveis que assinaram o ajuste e respectiva prestação de contas:**

**PELO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:**

Nome: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Meirelles  
Cargo: Reitor da UNICAMP  
CPF: 015.869.178-46

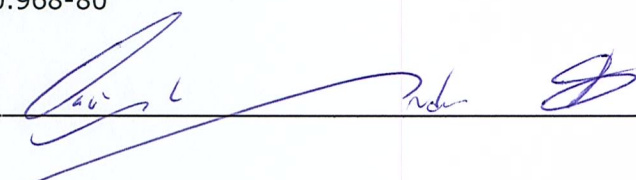
Assinatura: \_\_\_\_\_



**PELO INTERVENIENTE (devidamente cadastrado no sistema):**

Nome: Prof. Dr. Orival Andries Júnior  
Cargo: Diretor Executivo – FUNCAMP  
CPF: 021.650.968-80

Assinatura: \_\_\_\_\_



- (1) Quando for o caso.
- (2) Convênio, Auxílio, Subvenção ou Contribuição.
- (3) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas
- (4) Facultativo. Indicar quando já constituído.



**TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO DE PARCERIA Nº 02/2022**

**Processo 2022: SES-PRC-2021/52599**

**Processo Origem nº 001.0500.000.039/2018**

Termo de Aditamento ao Convênio de Parceria celebrado em 01/12/2018 entre o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde** e a **Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP**, com interveniência da **Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP**, para regulamentar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO**.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede nesta cidade à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, neste ato representado pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. Jeancarlo Gorinchteyn, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade RG nº 17.321.176, CPF nº 111.746.368-07, doravante denominada **CONVENIENTE** e, de outro lado, **Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP** entidade autárquica de regime especial, com sede na Cidade Universitária “Zeferino Vaz”, s/n, Campinas/SP, CNPJ nº 46.068.425/0001-33, neste ato representada por seu Reitor, Prof. Dr. Antonio José de Almeida Meirelles, casado, portador do RG nº 4.632.690-X, CPF nº 015.869.178-46, doravante denominada **CONVENIADA**, e a **Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP**, entidade com sede na Avenida Érico Veríssimo, nº 1251, Barão Geraldo, CNPJ/MF nº 49.607.336/0001-06, neste ato representado por seu Diretor Executivo, Prof. Dr. Orival Andries Júnior, docente, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 075.490.134, CPF nº 021.650.968-80, doravante denominada **INTERVENIENTE**, tendo em vista os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 18 de dezembro de 1.990, com fundamento na Constituição Federal, em especial nos seus artigos 196 a 200 e, na Constituição do Estado de São Paulo, em especial os seus artigos 217 a 231 e, na Lei Complementar nº 791/95, na Lei Federal nº 8.666/93 atualizada pela Lei Federal nº 8.833/94, RESOLVEM celebrar o presente **TERMO DE ADITAMENTO ao CONVÊNIO DE PARCERIA**, baseado no disposto no Parágrafo Único da Cláusula Décima Segunda, referente a execução de atividades relativas à área de saúde a serem desenvolvidas no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto a readequação de metas assistenciais a partir de julho do presente exercício no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE RIO CLARO - AME RIO CLARO**.

**CLÁUSULA SEGUNDA**  
**DA ALTERAÇÃO CONVENCIONAL**

O presente Termo de Aditamento Altera o Anexo Técnico I – Item II – Estrutura e volume de atividades contratadas nos itens: **II.1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ESPECIALIDADES MÉDICAS)** e o item **II.5 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO** do Convênio de Parceria assinado em 01/12/2018, conforme redação abaixo:



**ANEXO TÉCNICO I**  
**DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

...

**II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONVENIADAS**

**II.1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO ANO DE 2022 (ESPECIALIDADES MÉDICAS)**

CONSULTA MÉDICA	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Primeira Consulta	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	1.570	18.840
Interconsulta	560	560	560	560	560	560	415	415	415	415	415	415	5850
Consulta Subsequente	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	3.030	36.360
<b>Total</b>	<b>5.160</b>	<b>5.160</b>	<b>5.160</b>	<b>5.160</b>	<b>5.160</b>	<b>5.160</b>	<b>5.015</b>	<b>5.015</b>	<b>5.015</b>	<b>5.015</b>	<b>5.015</b>	<b>5.015</b>	<b>61.050</b>

**II.5 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO NO ANO DE 2022**

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **12.900 exames**, a pacientes EXTERNOS ao Ambulatório, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT EXTERNO	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Radiologia	400	400	400	400	400	400	600	600	600	600	600	600	6000
Ultra-Sonografia	250	250	250	250	250	250	300	300	300	300	300	300	3300
Endoscopia	140	140	140	140	140	140	160	160	160	160	160	160	1800
Métodos Diagnósticos em Especialidades	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1800
<b>Total</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>940</b>	<b>1210</b>	<b>1210</b>	<b>1210</b>	<b>1210</b>	<b>1210</b>	<b>1210</b>	<b>12900</b>

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

**CLÁUSULA TERCEIRA**  
**DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Termo de Aditamento vigorará a partir da sua assinatura até o encerramento do convênio de parceria.

**CLÁUSULA QUARTA**  
**DA RATIFICAÇÃO**

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONVÊNIO** e, seus respectivos Termos de Aditamento, não alterados por este instrumento.

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DA PUBLICAÇÃO**

O presente **Termo de Aditamento** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA SEXTA**  
**DO FORO**

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste convênio, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Termo de Aditamento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 24 de Junho de 2022.

*Dr. Eduardo Ribeiro*  
Secretário Executivo  
Secretaria de Estado da Saúde

**DR. JEANCARLO GORINCHEYIN**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

*Antonio José de Almeida Meirelles*  
**PROF. DR. ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA MEIRELLES**  
**REITOR – UNICAMP**

*Orival Andries Júnior*  
**PROF. DR. ORIVAL ANDRIES JÚNIOR**  
**DIRETOR EXECUTIVO – FUNCAMP**

Testemunhas:

1) *Maria José Reis de Oliveira*  
Nome: *Maria José Reis de Oliveira*  
R.G.: *20.350.931-6*

2) *Ana Estela G. Leandro*  
Nome: *Ana Estela G. Leandro*  
R.G.: *22.937.792-0*





# TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

## Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **Antonio José de Almeida Meirelles**, CPF **015.869.178-46**, atesto que na data de **01/06/2022 às 12:02:59** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **tomze@unicamp.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**51AC5A44C23DC2100DCF81EFDEEFC6D424C045E00BC886D7754037A53**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**1bab7f7b-3e6f-456d-965c-98735a811e7b**

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos> e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





# TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

## Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **Orival Andries Junior**, CPF **021.650.968-80**, atesto que na data de **15/06/2022** às **16:04:19** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **orival@unicamp.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

**D038E4ABAB63CC33959FC93F56D48DE1A6CF4148BFF10E204A288B010BE**

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

**1f6ba701-df18-48d8-ad49-f19094ff0995**

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos> e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.

